

Certificados Visitas Prácticas Hospitalarias: Asociados Clínicos

D/Dña : _____

tutor/a de prácticas del alumno/a: _____

en el HOSPITAL: _____

de la población: _____

durante el período: _____

CERTIFICA QUE:

EL/LA ALUMNO/A _____ HA REALIZADO SUS
PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE LA TITULACIÓN DE GRADO EN LOGOPEDIA
DURANTE EL CURSO: _____ EN LAS ACTIVIDADES
SIGUIENTES: _____

Firma del tutor/a y sello de la organización

Conformidad de la Universidad
Tutora o profesora responsable:

Lugar y fecha:

Lidia Rodríguez García
Ana Galán Verde
Natalia Bravo